Ueber

Myositis ossificans circumscripta traumatica.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät

der

Philipps-Universität zu Marburg a./L.

von

Hermann Berendes, Marienmünster.

Approb. Arzt.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Marburg 1921.

Buchdruckerei E. Ruthe, Brakel (Kr. Höxter)

1921.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen
Fakultät Marburg.

Angenommen am 23. Juni 1921.

Referent: **Prof. Dr. Läwen.**

Auszug.

Die auslöſende Urſache zur Muskelverknöcherung bilden meiſt Traumen ſchwererer Art, bei denen eine Mitverletzung des Periosts nicht allzu ſchwer zu erklären iſt.

Ein entſprechendes Trauma vorausgeſetzt, kann es in jedem Muskel zur Verknöcherung kommen. Vorwiegend betroffen aber ſind die an der Vorderſeite der Extremitäten liegenden, über Gelenke hinwegziehenden, breit inserierenden Muskeln, da ſie am häufigſten ſchweren Traumen ausgeſetzt ſind, das Trauma hier beſonders ſtark zu wirken vermag und ſie mit dem Knochen weit lockerer verbunden ſind, als die ſehnig inſerierenden, an Tuberroſitäten angreifenden Muskeln.

Die Knochenprodukte der umſchriebenen traumatiſchen Muskelverknöcherung ſind aller Wahrſcheinlichkeit nach perioſtalen Urſprunges, in ſelteneren Fällen hervorgerufen durch eine einfache Contuſionsverletzung des Periosts, zumeiſt aber Folge einer Perioſtabreißung und Verlagerung.

Für die Perioſtabreißung und Verlagerung iſt nicht ſo ſehr die Schwere des Traumas maßgebend, als vielmehr die durch den bei fixierter Extremität erfolgenden Stoß oder Zug bedingte inkoordinierte Muskelkontraktion, die ein verſchieden ſtarkes Zurückſchnellen der Muskelfaſern zur Folge hat.

Zur Erklärung der bei den einzelnen Perſonen mitunter gehäuft auftretenden Fällen von Myoſitis oſſificans bedarf es nicht der Annahme einer oſſifizierenden Diatheſe, zumal

dieſe mit dem nach Luxatio cubiti posterior in weit mehr als der Hälfte der Fälle ſich einſtellenden Auftreten von Muskelverknöcherungen in Widerſpruch ſteht. Wahrſcheinlich handelt es ſich um eine beſondere Sprödigkeit des Periosts und ſtärkere Oſteoporoſe der Skelettknochen, durch die der Perioſtabreißung Vorſchub geleiſtet wird.

Das Bindegewebe kann ſich nach Art der dyſtrophiſch-heteroplaſtiſchen Verknöcherung an der Muskeloſſification beteiligen, tut dieſes aber erſt dann, wenn der perioſtale Oſſifikationsprozeß bereits längere Zeit im Werke oder bereits zum Abſchluß gelangt iſt.

Rezidive nach Exstirpation von Muskelknochen treten im allgemeinen nur auf, wenn der Muskelknochen mit dem Skelettknochen in Verbindung ſtand, ſodaß durch die Exstirpation ein neuer Reiz auf das Perioſt ausgeübt wird, eventuell erneut Perioſtfetzen abgeſprengt werden. Ihr Auftreten iſt vor allem dann zu befürchten, wenn operiert wurde, bevor der Oſſifikationsprozeß zum Abſchluß kam. Auftreten bei Operationen in ſpäteren Jahren gehört zu den Seltenheiten.

Da eine ſpontane Rückbildung der Muskelknochen genau wie beim Kallus der Frakturen möglich und in den meiſten Fällen auch zu erwarten iſt, ſei die Behandlung zunächſt eine exspektativ-konſervative. Erſt wenn infolge übermäßigen Wachstums der Muskelknochen Zirkulations- und nervöſe Störungen oder Bewegungseinſchränkungen erheblicheren Grades ſich einſtellen ſollten, iſt die Exstirpation angezeigt.